

## Bab I Pendahuluan

### Latar Belakang

Setiap manusia ingin memiliki tubuh yang sehat hingga akhir hayatnya. Namun berbagai macam penyakit dapat menyerang siapapun dalam masa hidupnya. Psikologi kesehatan mencoba mengkaji dan memecahkan masalah yang berkaitan dengan permasalahan kesehatan yang dilihat menggunakan model biopsikososial, yaitu dengan mengintegrasikan faktor biologi, psikologi dan sosial dalam memandang individu (Engel, 1977, 1980; dalam Sutton, 2004).

Penyakit tidak menular (PTM) menjadi penyebab utama kematian secara global. Data WHO menunjukkan bahwa dari 57 juta kematian yang terjadi di dunia pada tahun 2008, sebanyak 36 juta atau hampir dua pertiganya disebabkan oleh Penyakit Tidak Menular. PTM juga membunuh penduduk dengan usia yang lebih muda. Di negara-negara dengan tingkat ekonomi rendah dan menengah, dari seluruh kematian yang terjadi pada orang-orang berusia kurang dari 60 tahun, 29% disebabkan oleh PTM, sedangkan di negara-negara maju, menyebabkan 13% kematian. Proporsi penyebab kematian PTM pada orang-orang berusia kurang dari 70 tahun, penyakit kardiovaskular merupakan penyebab terbesar (39%), diikuti kanker (27%), sedangkan penyakit pernafasan kronis, penyakit pencernaan dan PTM yang lain bersama-sama menyebabkan sekitar 30% kematian, serta 4% kematian disebabkan diabetes (Kemenkes RI, 2012).

Indonesia dalam beberapa dasawarsa terakhir menghadapi masalah *triple burden diseases*. Di satu sisi, penyakit menular masih menjadi masalah ditandai dengan masih sering terjadi KLB beberapa penyakit menular tertentu, munculnya kembali beberapa penyakit menular lama (*re-emerging diseases*), serta munculnya penyakit-penyakit menular baru (*new-emerging diseases*) seperti HIV/AIDS, Avian Influenza, Flu Babi dan Penyakit Nipah. Di sisi lain, PTM menunjukkan adanya kecenderungan yang semakin meningkat dari waktu ke

waktu. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) tahun 2007 dan Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995 dan 2001, tampak bahwa selama 12 tahun (1995-2007) telah terjadi transisi epidemiologi dimana kematian karena penyakit tidak menular semakin meningkat, sedangkan kematian karena penyakit menular semakin menurun. Fenomena ini diprediksi akan terus berlanjut (Kemenkes RI, 2012).

Regurgitasi aorta atau insufisiensi aorta merupakan salah satu penyakit kardiovaskular yang termasuk dalam Penyakit Tidak Menular yang memiliki tingkat prevalensi paling tinggi di dunia maupun Indonesia. Regurgitasi Aorta adalah kelainan pada katup aorta yang menjadi lemah ataupun membesar sehingga katup tidak dapat menutup dengan baik. Hal ini mengakibatkan timbulnya aliran balik darah dari aorta ke ventrikel kiri. Insufisiensi aorta mengenai sekitar 5 : 10.000 populasi. Insiden lebih tinggi pada pria terutama pada yang berumur 30 – 60 tahun. Insufisiensi aorta biasanya disertai dengan kelainan jantung lain, seperti VSD tipe membran (*konoventrikular*) atau tipe konal septal (*infudibulovenrikuler*), kelainan katup aorta tipe bikuspid (dengan bikomisura), *stenosisorta subvalvular*, displasia daun katup tanpa fusi komisura, dan hilangnya 2 atau 3 daun katup aorta. Risiko terjadinya kematian prematur, komplikasi, dan kebutuhan akan pengobatan karena penyakit jantung kongenital sedikitnya 50% dari populasi penderita (Wahab, 2009).

Data – data riwayat penyakit yang ada sebagian besar berasal dari populasi dewasa yang menderita insufisiensi aorta selama beberapa tahun. Berdasarkan data ini, harapan hidup lima tahun pasien angina dengan insufisiensi aorta berat yang tak dikoreksi adalah 50%. Sekali sinkop mulai berkembang, hampir 50% pasien yang tidak dikoreksi akan meninggal dalam 3 tahun. Sekali terjadi gagal jantung, 50% pasien yang tidak dikoreksi akan meninggal dalam 2 tahun. Sebaliknya, pasien yang mendapat terapi pembedahan memiliki mortalitas 1-5 %. Diperkirakan bahwa 75% pasien dengan insufisiensi aorta murni adalah laki laki; sedangkan yang disertai kelainan katup mitral, insidennya lebih tinggi pada wanita.

Insufisiensi aorta yang bersamaan dengan penyakit jantung kongenital lainnya, insidennya tidak berhubungan dengan usia (Wahab, 2009).

Dengan kemajuan teknologi kedokteran dalam beberapa dekade terakhir, prevalensi remaja dengan penyakit kronis meningkat dramatis. Banyak anak dengan kondisi penyakit kronis misalnya penyakit jantung bawaan, asma, gagal ginjal dapat bertahan hidup dan mencapai masa remaja. Prevalensi penyakit kronis pada remaja sulit ditentukan karena kurangnya data yang berkualitas yang memfokuskan terhadap masalah kelompok umur ini, serta perbedaan definisi dan metodologi yang digunakan. Untuk mendapatkan tumbuh kembang anak yang optimal dengan kondisi kesehatan kronis dapat terjadi gangguan dalam tumbuh kembangnya. Mereka dapat mengalami keterlambatan dalam perkembangan fisik, kognitif, komunikasi, motorik, adaptif, atau sosialisasi dibandingkan dengan anak yang normal termasuk didalamnya timbulnya perilaku risiko tinggi yang khas pada remaja seperti emosi yang meledak-ledak, sikap menentang, cenderung nekat, dan *drug abuse* (IDAI, 2013).

Gangguan yang terjadi dapat dari yang ringan sampai berat, dari yang sementara sampai yang permanen. Gangguan tumbuh kembang terjadi akibat dari gejala atau kelainan yang menetap, pengobatan yang lama, keterbatasan aktifitas atau mobilitas, atau keterbatasan terhadap kegiatan di sekolah, rekreasi, bermain, aktifitas keluarga atau dalam pekerjaan. Penanganan optimal remaja dengan penyakit kronis tidak hanya terbatas pada masalah medis, tetapi harus memperhatikan faktor perkembangan, psikososial, dan keluarga. Penyakit kronis berdampak terhadap perkembangan remaja yang menimbulkan berbagai masalah dan menurunkan kualitas hidupnya (IDAI, 2013).

Dampak penyakit kronis bergantung oleh pandangan anak terhadap organ tubuhnya, penyakitnya, pengobatan yang diterimanya, dan pandangan terhadap kematian. Dampak jangka panjang kondisi kesehatan kronis dapat mengenai penderita maupun keluarganya. Dampak pada anak tercermin pada perkembangan psikososialnya, keterlibatannya dengan

teman sebaya dan prestasi di sekolah. Sedangkan dampak terhadap keluarganya, antara lain terhadap status psikososial orang tua, aktifitas dan status ekonomi keluarga serta peran keluarga dimasyarakat. Adapun beberapa dampak yang dipengaruhi dari penyakit kronis yang diderita anak usia remaja diantaranya; (1) Dampak pada pertumbuhan dan pubertas ; (2) Penampilan (*Body Image*); (3) Perkembangan Sosial Emosi; (4) Kemandirian ; (5) Pendidikan ; (6) Kelompok Sebaya ; (7) Pekerjaan; (8) Perilaku Beresiko dan ; (9) Sikap Terhadap Keluarga (IDAI,2013).

Sebuah kasus terjadi pada seorang remaja perempuan berusia 17 tahun yang mengalami kekelainan katup jantung jenis regurgitasi aorta sejak lahir yang termasuk dalam penyakit kongenital. Adapun hasil wawancara terhadap individu tersebut, dalam perkembangannya sebagai seorang remaja, subjek tidak mengalami kendala tertentu atas penyakit yang dideritanya. Menurutnya, penyakit ini merupakan sesuatu yang dirinya alami sejak lahir dan bahkan terkadang subjek lupa bahwa dirinya sedang sakit karena menjalani aktivitasnya tanpa terbebani dengan penyakit tersebut. Remaja tersebut menyatakan bahwa dirinya tetap mengontrol diri ketika dirinya mulai kelelahan aktivitas dan berolahraga. Subjek mengaku sempat sedih ketika mengetahui kondisinya pertama kali, namun saat ini dirinya sudah tidak merasakannya lagi. Kadang – kadang subjek merasa takut dan berbeda dengan orang lain, namun ia tetap semangat dan tidak merasa putus asa.

Wawancara juga dilakukan pada orang – orang terdekat subjek. Ibu dari subjek juga merupakan seorang *survivor* kanker payudara beberapa tahun yang lalu yang saat ini sudah dinyatakan sembuh. Menurut ibu dari subjek, subjek menampilkan perilaku yang diharapkan oleh orang tua. Orang tua dan dokter secara terbuka memberikan pengetahuan tentang apa yang dialami oleh subjek. Menurut ibunya, subjek mampu mengontrol dan mengendalikan diri dalam segala situasi. Subjek tidak diperbolehkan mengalami kelelahan yang berlebihan dan menghindari aktivitas fisik yang terlalu banyak. Subjek dianggap sebagai anak yang baik

dan terkendali. Bahkan subjek dianggap sebagai anak yang sangat taat beribadah, penurut, dan dewasa dibandingkan dengan saudara kandung lainnya.

Fenomena ini menggambarkan keunikan seorang remaja berusia 17 tahun yang menghadapi penyakitnya secara positif. Padahal menurut teori perkembangan remaja, seperti halnya orang dewasa, remaja seringkali menganggap remeh kerentanan mereka terhadap bahaya atau penyakit. (Kemler dkk., 1987, dalam Santrock, 2003). Menurut *Centers for Disease Control* pada tahun 1988, Remaja pada umumnya tidak memiliki informasi yang memadai mengenai berbagai topik kesehatan dan memiliki kesalahan persepsi yang signifikan mengenai kesehatan (Santrock, 2003).

Individu yang memiliki penyakit kronis pada umumnya juga mengalami tiga respon emosi alamiah ketika dirinya mengalami sakit kronis (Gurung, 2014). Pertama, *Denial*. Respon penolakan merupakan bagian dari mekanisme pertahanan diri seseorang untuk menghindari implikasi penyakit. Kedua, *Anxiety*. Respon ini merupakan respon umum yang dirasakan pasien penyakit kronis. Mereka diliputi perasaan cemas akan perubahan hidupnya, dan kemungkinan kematian. Ketiga, *Depression*. Respon ini merupakan respon yang umum dan melemahkan pada penyakit kronis. Beberapa laporan kesehatan menyampaikan bahwa pasien penyakit kronis menunjukkan simptom depresi dengan berbagai tingkatan. Namun sebaliknya remaja tersebut justru mengaku bahwa dirinya memiliki semangat dalam menjalani hidup dengan kondisi penyakitnya tersebut.

Individu yang menderita suatu penyakit akan melalui beberapa proses dalam meregulasi dirinya. Leventhal dan koleganya (1980; Leventhal & Nerenz, 1985; dalam Ogden, 2007) menggambarkan sebuah model regulasi diri dari perilaku sakit. Dimana dalam proses tersebut terdapat tiga tahap. Tahap tersebut adalah *Interpretation*, *Coping* dan *Appraisal*. Diantara tahap – tahap tersebut terdapat pemfungsian sebuah skema kognitif yang

disebut *illness cognition* atau *illness perception*. Dalam literatur lain, istilah ini juga disebut sebagai *illness representation*, *cognitive representation* dan *illness beliefs*.

Leventhal dan koleganya (1980; Leventhal & Nerenz, 1985; dalam Ogden, 2007) mendefinisikan *illness perception* sebagai keyakinan dasar yang dimiliki oleh pasien mengenai suatu penyakit. Kognisi ini adalah suatu kerangka skema yang berfungsi untuk memahami penyakit pasien,  *coping* dengan penyakit tersebut, dan memberitahu pasien-pasien ini mengenai hal-hal yang harus dilakukan apabila mereka sakit. Individu yang menderita penyakit akan membentuk suatu konsep yang akan mempengaruhi cara mereka bereaksi terhadap penyakit (Taylor, 2009; dalam Taqwim 2015).

*Illness perception* atau pemahaman dan keyakinan yang dimiliki pasien terhadap penyakitnya sangat penting dalam mendorong penerimaan diri pasien tersebut. *Illness perception* diharapkan dapat tergalang lebih dalam untuk mengetahui apa, mengapa, dan bagaimana pemahaman pasien ini terhadap penyakit yang dideritanya. Pemahaman terhadap penyakit ini merupakan hal yang penting untuk individu yang mengidap suatu penyakit agar dapat kualitas hidup yang baik.

Leventhal (dalam Ibrahim, Desa & Chiew-Thong, 2011) menjelaskan ketika seseorang dihadapkan pada suatu penyakit akan menggambarkan penyakit tersebut sesuai dengan pemikirannya sendiri dalam rangka untuk memahami dan menanggapi masalah yang dihadapi. Persepsi negatif seseorang terhadap penyakit yang diderita dapat menimbulkan ketidakbahagiaan, sehingga akan menyebabkan seseorang tersebut enggan untuk menjalani perawatan dan pengobatan. Begitupula sebaliknya, persepsi positif seseorang terhadap penyakit yang diderita akan membuat seseorang menjalani perawatan dan pengobatan secara teratur.

Individu yang memiliki *illness perception* yang positif mengidentifikasi tanda dan simptom dan penyebab penyakitnya, melihat penyakit mereka dapat dikendalikan dan diobati,

dan merasa bahwa penyakitnya sesekali dan tingkat konsekuensinya rendah. Hal tersebut merupakan hasil yang dilaporkan setelah seorang pasien *myocardial infarction* dengan *illness perception* yang negatif mengalami komplikasi yang lebih (Cherrington, dkk., 2004, dalam Alsen, 2009).

Alsen (2009) menghasilkan sebuah penelitian yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara *illness perception* dengan *fatigue* (kelelahan) setelah *myocardial infarction*. Pasien *fatigue* mengharapkan durasi yang lebih lama dan siklus alami yang lebih lama dari MI mereka, *treatment dan personal control* yang lebih rendah, lebih banyak konsekuensi dan kurang dirasakan pemahaman tentang penyakit mereka. *Illness perception* yang negatif, *fatigue*, depresi, kecemasan, dan simptom - simptom rasa sakit serta sesak napas juga berhubungan dengan HRQoL (*Health – related quality of life*).

Penelitian yang dilakukan oleh Ibrahim, dkk. (2011) menjelaskan bagaimana pentingnya *illness perception* menentukan depresi pada pasien Haemodialisa. Cara pasien merasa dan percaya mengenai dirinya sendiri, penyakit dan juga biasanya akan mempengaruhi hidupnya.

Salah satu penelitian yang dilakukan oleh Timmers, dkk. (2008) juga menunjukkan bahwa persepsi penyakit berkontribusi terhadap kualitas hidup pasien. Apabila persepsi pasien terhadap penyakit diderita negatif, maka kualitas hidup pasien akan rendah. Sedangkan apabila persepsi pasien terhadap penyakit yang diderita positif, maka kualitas hidup pasien akan tinggi.

Penelitian yang dilakukan Taqwim dan Rahayu (2014) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang sangat erat antara dukungan keluarga dengan *illness perception* pada pasien kanker serviks stadium awal dan menengah. Ini berarti, semakin rendah dukungan keluarga, maka semakin negatif *illness perception* pada pasien tersebut.

Hasil penelitian yang dilakukan Wulandari (2013) juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan linier positif yang signifikan antara persepsi terhadap penyakit (*illness perception*) dengan stress pada penderita diabetes melitus tipe II. Hal ini menunjukkan bahwa semakin negatif persepsi terhadap penyakit maka semakin tinggi pula tingkat stress yang dialami oleh penderita diabetes melitus tipe II. Sebaliknya, semakin positif persepsi terhadap penyakit, maka semakin rendah pula tingkat stress yang dialami pasien tersebut.

Berdasarkan uraian diatas, menarik untuk dilakukan penelitian untuk mengetahui lebih spesifik gambaran berbagai aspek dari *illness perception* yang dimiliki seorang individu yang mengalami regurgitasi aorta pada usia remaja akhir.





## Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka yang menjadi permasalahan dalam penelitian ini adalah ;

- (1) Bagaimana gambaran *illness perception* pada remaja yang mengalami regurgitasi aorta?;
- (2) Apa saja faktor pembentuk *illness perception* pada remaja yang mengalami regurgitasi aorta?

## Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendapatkan :

- (1) Gambaran *illness perception* pada remaja yang mengalami regurgitasi aorta ;
- (2) Faktor – faktor pembentuk *illness perception* pada remaja yang mengalami regurgitasi aorta.

## Kegunaan Penelitian

Adapun kegunaan yang diharapkan dari penelitian ini adalah :

**Secara teoritis.** Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi pengembangan bidang psikologi terutama psikologi kesehatan yang berkaitan dengan *illness perception*. Penelitian ini juga dapat memberikan kontribusi sebagai pendorong penelitian kuantitatif.

**Secara praktis.** Hasil penelitian ini dapat menjadi acuan bagi para penderita saat menghadapi penyakitnya dan rumah sakit khususnya dalam menangani para pasien yang mengalami kelainan jantung yang berkaitan dengan *illness perception* sehingga diharapkan pasien dapat bertahan atau berpersepsi positif terhadap apa yang dialaminya.